Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 18 września 1880. №. 38. Rok XIX.

I. Ostry gościec stawowy. *(Polyarthritis acuta)*.

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza na oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876—1880.

Opracował Dr. Leon Kopff.

I.

Ostry gościec stawowy należy bez wątpienia dla swéj częstości, a jeszcze bardziéj dla smutnych następstw, jakie tak często w narządzie krążenia wywołuje, do najważniejszych chorób i śmiało może stanąć pod względem znaczenia obok zapalenia płuc, duru a nawet suchot płucnych. Mimo jednak swéj częstości i wielu o nim zapisanych folijałów, należy on do tych chorób, których dokładna znajomość, a ztąd i skuteczność leczenia bardzo wiele jeszcze do życzenia pozostawiają.

Do znajomości przebiegu choroby, jéj własności, rozwoju, powikłań i zejść najwięcéj się przyczyniają spostrzeżenia czynione w zakładach leczniczych, a więc szpitalach i klinikach. Chory tu pozostaje pod ścisłą obserwacyją lekarza, zdala od wpływu różnych szkodliwości, tak często w domowém leczeniu napotykanych; lekarz może być spokojnym, że wszystkie jego zlecenia wykonane będą i że przebiegu choroby jakieś obce wpływy nie zakłócą. O wiele większe jeszcze znaczenie z tych samych przyczyn mają spostrzeżenia lecznicze, i może nie będę dalekim od prawdy, jeżeli powiem, że takowe tylko w szpitalach lub klinikach ściśle naukowo robić można.

Za to spostrzeżenia chorobowe inne, a szczególniéj dotyczące etyjologii, jakotéż pierwszych okresów choroby, zebrane w zakładach klinicznych lub szpitalnych są nadto jednostronne lub niedokładne, tutaj bowiem, jak każdemu wiadomo, ma się do czynienia tylko z pewną warstwą ludności i chorobami zazwyczaj na szczycie rozkwitu.

Opierając się na powyżéj wypowiedzianych zasadach, postanowiłem podać tu spostrzeżenia nad gośćcem ostrym stawowym, opisane na podstawie obserwacyj, czynionych w szpitalu św. Łazarza na oddziale Doc. Dra Pareńskiego w ostatnich czterech latach, tj. od r. 1876 do 1880.

Przez przeciąg tego czasu leczono chorych obojéj płci cierpiących na gościec ostry lub przyostry 116. Płeć żadna nie okazywała większéj od drugiéj skłonności do reumatyzmu: mężczyzn było 61, kobiet 55.

Co do wieku otrzymałem wyniki zupełnie zgodne z dotychczasowemi spostrzeżeniami, że gościec ostry najwięcéj nagabuje ludzi od czasu pokwitania aż do wieku dojrzałego, nie należy jednak do rzadkości i w wieku średnim, a nader rzadko występuje u starców. Głównego kontyngensu dostarczali ludzie obojéj płci, między 20 a 30 rokiem życia; wypada na nich z ogólnéj liczby 34,5%. Najczęściéj po nich podpadali gośćcowi ludzie w wieku od 12 do 20 lat, mianowicie 25,9%. Za to poniżéj trzydziestu lat widzimy znaczny spadek: bo na wiek od 30—40 lat przypada już tylko 13,8%, na wiek od 40—50 lat 9,5%, od 50—60 6,9%, powyżéj zaś 60 lat niespełna 6%.

Co się tyczy wpływu pory roku, to zestawienie moje, różni się cokolwiek od większości zestawień innych autorów, dokonanych w innych miejscowościach [1]). Przeważna

[1]) Według Leberta *(Klinik des ac. Gelenkrheum.*, także *Handbuch der praktischen Medicin.* 1872. S. 980) przypadało w Zürichu z 220 przypadków obserwowanych w l. 1853 do 1859 na miesiące od stycznia do marca 27,4%, od kwietnia do czerwca 31,8%, od lipca do września 20,2%, od października do grudnia 20,6%. W Würzburgu przypadało z 79 pacyjentów z l. 1854 do 1860 według Rotha *(Verhandl. d. Würzb. physik. med. Gesellsch.* 1863, IV, 277) na I kwartał 30,2%, na II 36,5%, na III 16,3%, na czwarty 27,7%. Zestawienie Fiedlera ze szpitala drezdeńskiego *(Archiv f. Hlkd.* 1866, VII, 156), wykazuje na I kwartał 27,19%, na drugi 27,34%, na trzeci 16,74%, na czwarty 28,73%. Huber *(Bayer. ärztl. Blatt.* 1867 N. 46), podaje, że z 90 chorych obserwowanych w Monachijum w latach od 1865—1866 przypada na kwartał I 27, na II 24, na trzeci 10, na czwarty 29 chorych. W Kopenhadze według Langego *(Virch. u. Hirsch Jahrb.* 1866 II, 269) z zestawienia obejmującego l. 1842—1865 przypada najwięcéj chorych na styczeń,

liczba autorów, podaje największą liczbę chorych na miesiące październik, listopad i grudzień, najmniéj zaś na czerwiec, sierpień i wrzesień; podczas gdy według mojego zestawienia najwięcéj chorych na gościec przybyło do szpitala w październiku 12% i sierpniu 11,2% najmniéj zaś w maju 3,5%. Stosunek procentowy reszty miesięcy mało się między sobą różni, mianowicie przypada na styczeń 7%, na luty 9,5%, na marzec 7,8%, na kwiecień 5%, na czerwiec 9,47%, na lipiec 7%, na wrzesień 9,5%, na listopad 9,5%, na grudzień 9,43%.

Muszę tu także zwrócić uwagę na fakt i przez innych autorów już dawniéj dostrzegany [1]), że w niektórych latach gościec stawowy szczególniéj w poważnéj liczbie występował, tak, że mimowoli nasuwa się myśl o nagminném panowaniu [2]) lub téż przynajmniéj o wpływach meteorologicznych szczególniéj sprzyjających rozwojowi gośćca. I tak w latach, których moja praca dotyczy, w r. 1877 było 39 przypadków podczas gdy w latach 1876, 1878 i 1880 (do maja 5 przypadków) liczba chorych nie przechodzi 25ciu.

O jakiémś zajęciu do gośćca szczególniéj usposabiającém nie mogę nic powiedzieć, bo jak to już na początku niniejszéj rozprawki namieniłem, w szpitalach w ogóle, a zwłaszcza w naszych, ma się głównie do czynienia z chorymi, należącymi do stanu wyrobniczego. Dla tego więc chorzy nasi rekrutowali się głównie z pośród wyrobników i wyrobnic, murarzy, kominiarzy, woźniców, lokajów i innych sług obojéj płci, w ogóle ludzi, którzy zarówno prawie żyją w niekorzystnych dla zdrowia warunkach, jak i narażają się na szkodliwy wpływ zmian meteorologicznych.

Również nie można dojść do żadnych pewnych wyników co do przyczyn wywołujących gościec, po pierwsze bowiem, od chorych tak mało inteligentnych, jakimi są chorzy w szpitalu leczeni, nic dowiedzieć się nie można, a powtóre że chorzy ci wcale nie umieją rozróżnić właściwéj przyczyny, i najrozmaitsze zboczenia w ustroju przypisują zawianiu, zaziębieniu lub nawet urokom. Nie mogę tu także podać żadnych spostrzeżeń pod względem dziedzicznego usposobienia do ostrego gośćca, na które coraz więcéj zaczynają zwracać uwagę.

najmniéj zaś na wrzesień. Wunderlich (*Spec. Path. u. Ther.* 1856, 612) podaje na Iszy kwartał największą liczbę chorych najmniejszą zaś na trzeci. W szpitalu Rudolfa w Wiedniu najwięcéj chorych na ostry gościec przypadało w r. 1871 na luty, grudzień, styczeń i marzec, w 1872; na grudzień, luty, marzec, czerwiec i styczeń; w obu zaś latach najmniéj na lipiec i sierpień.

[1]) Pisarze dawniejsi jak Lange, Pringle, Lancisi, Stoll, Mertens, Störck wprost wspominają o epidemijach reumatyzmu. Według Leberta. w Zürichu nadzwyczaj często występował gościec w r. 1857 i 1862; w Kopenhadze według Langego w latach 1844, 1846, 1848, 1849, 1852, 1857, 1860, i 1864.

[2]) Mueller (*Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte* Nr. 19. — Virchow, Hirsch 1878. II, S. 270), uważa *Rheumarthritis acuta* za chorobę zakaźną. Na poparcie swego twierdzenia przytacza nierzadkie występowanie gośćca jak gdyby nagminnie (na klinice zürichskiéj w stósunku w r. 1871 do 74 jak 19 do 28; 1875 do 77 jak 37 do 80); częste powstawanie gorączki przed objawami chorobowemi w stawach; nie rzadkie występowania gośćca po chorobach ostrych zakaźnych jak *Scarlatina, Dysenteria* etc. wreszcie częstość i złośliwość gośćca w krajach gorących a bagnistych jak np. na Przylądku dobréj Nadziei. Stara się również poprzeć swe twierdzenie zdaniem niektórych anatomów patologicznych, że *Endocarditis rheumatica* jest zymotycznéj natury.

W 12 procent ogólnéj liczby chorych stwierdzono nawrót choroby, w jednym przypadku po raz trzeci. W żadnym przypadku nawrotu choroby nie zauważano jakiejkolwiek komplikacyi ze strony serca lub innego narządu.

Ważnym wydaje mi się fakt, o którym, o ile mi wiadomo, nigdzie nie wspomniano, że u 59% naszych chorych na gościec stwierdzono różnych stopni obrzęk śledziony. Śledziona, z wyjątkiem nielicznych przypadków, była niebolesną, twardą, obrzęk więc polegał, jak się zdaje, na dawniejszém zakażeniu malaryczném. Nie ośmielam się twierdzić, że fakt ten zasługuje na miano momentu etyjologicznego, bo w naszéj malarycznéj okolicy niewątpliwie może $1/_3$ ludności ma obrzmiałe śledziony, uważam jednak za właściwe, w obec tak poważnéj liczby jaką jest 59% zwrócić uwagę kolegów na fakt ten, w każdym razie godny dalszéj obserwacyi.

Sądzę, że nie od rzeczy będzie tu także wspomnieć coś o częstości zajęcia pewnych stawów: rzecz tę bowiem rzadko uwzględniają statystyki gośćca stawowego. Tak u kobiet jak i u mężczyzn, gościec najczęściéj pojawiał się w stawie kolanowym mianowicie w 56,9%, obok niego co do częstości stoi staw skokowy w 52,6%. Inne stawy o wiele rzadziéj ulegały zmianom chorobowym. I tak staw nadgarstkowy w 26,8%, staw barkowy w 24%, staw łokciowy w 14,6%, stawy palcowe u rąk w 8,7%, staw biodrowy w 6%, stawy obojczykowe w 3,5%, wszystkie stawy w 3,5%, palcowe u nóg w 2,5%, staw żuchwowy w 7%, kręgowy w 1,7%; żebrowy w 1,7%.

We wszystkich przypadkach, w których chorzy przybyli do szpitala w pierwszych dniach choroby, stwierdzono podniesienie ciepłoty. Przy tém zauważyłem dziwny fakt, na który zwrócił i Wunderlich uwagę (*Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten*, 1868, str. 361), że maximum ciepłoty przypadało na dzień przybycia chorego do szpitala. Podniesienie ciepłoty wahało się od stanu podgorączkowego aż do 39° i kilku dziesiętnych. W nielicznych tylko przypadkach ciepłota przekroczyła 40° C., ani razu jednak nie dosięgła 41°. Podobnie jak wszystkie objawy gośćca, tak i ciepłota nie przedstawiała żadnego charakterystycznego typu. Zazwyczaj występowały remisyje ranne, nie przechodzące jednego stopnia. Czas trwania gorączki zostawał zwykle w ścisłym związku ze zmianami chorobowemi w stawach, i dla tego téż w każdym prawie przypadku był innym. Najczęściéj zajęcie nowych stawów poprzedzało mierne podniesienie ciepłoty. Tym sposobem bardzo często napotyka się remisyje, a nawet intermisyje pół, cało, a nawet półtora, i dwudniowe, tak że obraz chorobowy przedstawia się w licznych napadach z krótkiemi przerwami bezgorączkowemi, lub ze stanem podgorączkowym. Również ciepłota znacznie się podnosiła przed wystąpieniem powikłań, szczególniéj takich, które same przez się zwykły ze znaczną gorączką przebiegać, jak np. zap. płuc. Dość często zauważano niestosunek między częstością tętna a ciepłotą: chyżość tętna bywała znacznie większą, niż to ciepłocie odpowiadało. Zdaje się, że powodem tego był ból i ztąd powstałe pobudzenie psychiczne.

Zmiany w moczu zależały od znacznéj utraty wody z ustroju skutkiem obfitych potów i od stopnia gorączki.

W przypadkach ostro przebiegających, z mocném nasileniem gorączki, silnemi bólami i wybitnemi zmianami w stawach, ilość moczu bywała skąpą, chorzy oddawali go bardzo rzadko (zapewne dla uniknienia bolesnego dla nich wszelkiego ruchu). Barwa moczu bywała ciemno-żółto-czerwona, lub nawet ciemno-czerwona, (w jednym przypadku znaleziono bardzo znaczną ilość urobilinu), mocz był skłonnym do tworzenia osadów z moczanów i czystego kwasu moczowego, oddziaływania mocno kwaśnego. Chlorki zwykle prawidłowe, w nielicznych przypadkach były nieco zmniejszone. Niekiedy, szczególniéj przy znaczném podniesieniu ciepłoty, znajdowano małe ilości białka, nie wywołane jednak żadném cierpieniem nerek. Zapalenia nerek, które Corne i Hartmann (*Das acute u. chronische Gelenkrheumatismus 1874*) jako powikłanie gośćca podają, w żadnym przypadku nie zauważano.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Przypadek wycięcia całéj macicy wraz z jajnikami i kilka uwag o zmianach poczynionych w sposobie operowania Freunda.

Napisał Dr. Rydygier.

Zdania co do operacyi Freunda są nadzwyczaj jeszcze podzielone—przyczynki kazuistyczne z tego względu bardzo są pożądane. Nadto poczyniliśmy w naszym przypadku znaczne, jak nam się zdaje, i ważne zmiany w sposobie operowania, nad któremi w końcu bliżéj zastanowić się zamyślamy.

Przypadek nasz pokrótce jest następujący: Bukofzer Róża, przeszło 39 lat licząca, pochodzi z familii zdrowéj: ojciec umarł w 72 r. na uwiąd starczy, 60-letnia matka żyje i jest zdrowa. Pacyjentka nigdy ciężko nie chorowała, tylko niekiedy cierpiała na niedokrewność i raz na nieżyt żołądka. W 16 r. dostała miesiączki i miewała ją aż do ostatniego czasu regularnie; 2 razy wyszła za mąż i porodziła 5 dzieci lekko zupełnie i bez powikłań połogowych. Pierwsze przypady obecnego cierpienia pojawiły się we wrześniu przeszłego roku, a były niemi słabość w nogach, uczucie mrowienia w kiszce, a potém częste parcie na mocz i stolec. Brała środki na robaki, a późniéj przystawiono jéj 2 pijawki *ad anum* przeciw mniemanym hemoroidom. Wkrótce potém pojawiły się nieregularne krwotoki z macicy. Na początku bieżącego roku zakładał lekarz domowy 2 razy wianuszki, musiano je atoli zaraz wyjąć, bo ich chora rozumie się nie znosiła. Nie długo po tém pojawiły się białe upławy w przestankach pomiędzy krwotokami, coraz częstszemi. Upławy nie bywały nigdy ani zbyt obfite, ani cuchnące; wprawdzie używano odwietrzających wystrzykiwań.

Chorą widzieliśmy po raz pierwszy dnia 9 lutego b. r. i badając palcem *per vaginam* znaleźliśmy wyraźne *carcinoma* części pochwowéj: wargi maciczne zgrubiałe, charakterystycznie twarde, nierówne, karbowane; krwawienie po krótkiém i ostrożném badaniu. Gruczoły pachwinowe nie powiększone, sklepienie pochwowe niezajęte. Mimo oświadczenia naszego, że mamy do czynienia z rakiem i operacyję uważamy za potrzebną, mąż nie mógł się zdecydować. Lekarz domowy wstrzykiwał daléj morfin podskórnie. Kiedy na 4 tygodnie przed operacyją powtórnie badałem chorą, znalazłem już wargi maciczne prawie zupełnie zniszczone; kotlinowate nierówno ograniczone owrzodzenie stykające się po lewéj stronie z sklepieniem pochwowém; gruczoły pachwinowe jeszcze nieobrzmiałe. W obec takiego stanu miejscowego, a znacznéj niedokrewności ogólnéj oświadczyłem krewnym, że teraz operacyi już nie mogę zalecać. Po dalszych 3 tygodniach poproszono kolegę Dr. Grossfussa z Chełmży, który dawniéj pacyjentkę leczył, na konsultacyję, a ten ze względu, że bez operacyi chora niechybnie musiałaby wkrótce, w najokropniejszych cierpieniach, umrzeć, zalecił gorąco operacyję, mimo że uznawał, iż już rzeczy daleko się posunęły, i że skonstatował po raz pierwszy obrzmienie gruczołów pachwinowych. Po zaleceniu operacyi przez kol. Gr. chora i mąż zgodzili się na nią a ja się do podjęcia jéj nakłonić dałem.

Dnia 3 lipca b. r. przyjęliśmy chorą do naszéj kliniki; poprzednio pojawił się raz w nocy dość znaczny krwotok. Badanie w dniu, w którym chora wstąpiła do naszéj kliniki wykazało: Chora średniego wzrostu, delikatnéj budowy, bardzo wychudła, niedokrewna, mimo to może dość pewno i szybko chodzić. W przyrządach wewnętrznych nie ma nic nieprawidłowego. Badanie przyrządu płciowego potwierdza stan opisany; gruczoły pachwinowe obrzmiałe; przednie i tylne sklepienie zajęte tylko tuż przy granicy części pochwowéj, tak samo lewa strona; prawa strona zupełnie wolna.

Zdecydowaliśmy się na wycięcie całéj macicy sposobem Freunda, gdyż uważaliśmy, że Schroedera nadpochwowa amputacyja macicy nie wystarczyłaby do zupełnego wydalenia części chorych.

Dnia 5 lipca b. r. przystąpiliśmy do operacyi po poprzedniém wypróżnieniu kiszek i dokładnéj dezinfekcyi pochwy. Operacyja nasza, tak jak ją wykonaliśmy, składa się z 3ch części, a każdą część wykonaliśmy na inném miejscu.

I część. Przysposabiająca powtórna dezinfekcyja w pokoju przez chorą dotychczas zajmowanym i zachloroformowanie.

II część. Po przeniesieniu do zwyczajnéj naszéj sali operacyjnéj, ogoleniu włosów sromnych i założeniu wziernika pochwowego Simona, nacięcie błony śluzowéj pochwy naokoło części pochwowéj macicy i po przepłokaniu kwasem karbolowym tamponada pochwy 10% watą salicylową.

III część. Przeniesienie choréj do pokoju od kilku dni odwietrzanego, dla niéj przeznaczonego, w którym ciepłota wynosi 21°R.; operacyja bez mgły. Ostateczna dezinfekcyja brzucha 5% roztworem kwasu karbolowego; ustawienie asystentów: kol. Dr. Wehr przyjął asystencyję naprzeciw; kol. Dra Grosfussa ustawiliśmy pomiędzy nogami choréj, miał on ochraniać pęcherz i odbytnicę przed zranieniem, a zarazem palcem w pochwie się znajdującym operatora kontrolować; kol. Dr. Batka trzymać miał kiszki, a chloroformowanie dozorował radca sanit. Dr. Wiener.

Cięcie od pępka aż do spojenia kości łonowych; przecięcie częściowe osady dolnéj mm. prostych; dokładne zatamowanie krwawienia przed otworzeniem otrzewnéj; obrąbienie nią brzegów rany brzusznéj; wyjęcie i zawinięcie kiszek w serwety umaczane w rozgrzanym 2% roztworze kwasu karbolowego, ponieważ je w górze jamy brzusznéj umieścić nie było można; przeciągnienie pętli przez trzon macicy; nacięcie otrzewnéj w zagłębieniu pomiędzy pęcherzem a macicą; Dr. Grossfuss wtenczas wyciąga czopek z pochwy

i wprowadza cewnik do pęcherza; dalsze głębsze oddzielanie macicy od tylnéj ściany pęcherza palcami; wtenczas kol. Dr. Grossfuss palcem w pochwie markuje nacięcie i naprzeciw moim palcom unosi; zetknięcie się moich palców z palcem Dra Grossfussa w pochwie; podobne odłączenie tylnéj ściany macicy od odbytnicy; założenie górnéj ligatury Schroedera po obu stronach tak, iż zarazem jajniki obejmuje, ligatury z grubego katgutu, po nacięciu zmykają się, dla tego dalsze przecięcie tych części bez uwzględnienia ligatur i podwiązanie naczyń krwawiących; po obu stronach założono dwie ligatury, a po lewéj stronie podwiązano nadto krwawiącą żyłę. Dolnéj trzeciéj ligatury Freunda już przed operacyją postanowiliśmy nie zakładać; dalsze ostrożne oddzielanie po lewéj stronie; podwiązanie tętnicy macicznéj przed jéj przecięciem przez kol. Dra Wehra, nadto podwiązanie jeszcze jednéj gałęzi; takież postępowanie po prawéj stronie i tu podwiązanie tętnicy przed jéj przecięciem; dalsze odłączanie macicy aż do nacięcia w pochwie niemal tylko palcami; wyjęcie macicy przez jamę brzuszną (wbrew pierwotnemu naszemu postanowieniu, chcieliśmy ją bowiem przez pochwę na dół wypchać, żeby przypadkiem co z posoki do jamy brzusznéj nie dostało się). Utrata krwi bardzo nieznaczna; po lewéj stronie pozostały jeszcze naciekłe części; wyjęcie ich o ile wyczuć było można; zeszycie tylnéj ściany pęcherza naddartéj na 2 cm. długości, która w skutek zrakowacenia jéj i wewnątrz błony śluzowéj pękła mimo bardzo ostrożnego oddzielania uskutecznionego na tém miejscu bez ostrych narzędzi.

Oczyszczenie miednicy 2% letnim rozczynem kwasu karbolowego; zeszycie otrzewnéj w miednicy; oczyszczenie ostateczne; włożenie kiszek; zeszycie rany brzusznéj; oprawa Listerowska naokoło ud 10% salicylową watą zakończona; zupełnie krótki sączek do góry w pochwę; gąbkę umaczaną w kw. karbolowym do ujścia pochwy; na to wata salicylowa; ułożenie choréj w wygrzaném łóżku, które ustawione zostało w tymże pokoju. Chora po operacyi niespokojna; mdleje, zaleciliśmy pigułki z lodu, wino i morfin podskórnie. W trzy godziny po operacyi cewnikiem odciągliśmy 3/4 szklanki moczu; w nocy i następnego dnia jeszcze kilka razy odjęto mocz; niepokój trwa daléj przez całą noc i następny dzień; częste wymioty; skargi na uciskanie oprawy, mózgowie niezajęte aż krótko przed śmiercią, żywot przy ucisku bolesny i niewydęty; z rana wyjęcie gąbki, ostrożne przepłókanie pochwy i założenie świeżéj gąbki; na gąbce było cokolwiek śluzu krwistego niecuchnącego, po południu o 5téj godz. śmierć śród objawów zapadu sił. Badania zwłok nie dozwolono.

Teraz jeszcze kilka uwag o zmianach w sposobie operowania. Co się tyczy ogólnego na nas wrażenia operacyi nazwanéj przez Freunda i E. Fränkla łatwą, bardzo łatwą, a przez Schroedera, Olshausena, Ahlfelda i innych, a pomiędzy nimi mianowicie Bruntzla, niełatwą, ale przeciwnie bardzo trudną, to wyznajemy, że operacyi téj nie zaliczamy do nadzwyczaj trudnych, ale nie myślimy jéj nazwać łatwą. Nie zgadzamy się wcale z Fränklem, który ją chciał z rąk specyjalistów oddać do ogólnego użytku lekarzy. Nie widzimy téż wcale do tego potrzeby: chcąc osiągnąć to, czego Fränkel wymaga t. j. żeby jak najwcześniéj odpowiednie przypadki przyszły do operacyi, wystarczy, żeby lekarze umieli wcześnie rozpoznać chorobę, a to przecież po większéj części ma miejsce.

Niebezpieczeństwa największe operacyi Freunda, na które wskazują operatorowie, są: 1) Odsłonięcie i narażenie dłuższe kiszek na wpływy powietrza podczas operacyi; 2) Trudne i wiele czasu wymagające zakładanie trzeciéj ligatury Freunda; 3) Znaczne krwawienie z tętn. macicznéj zdarzające się nieraz mimo téj ligatury; 4) Uchwycenie moczowodów w ligaturę i zranienie pęcherza lub odbytnicy.

Przeciw pierwszemu niebezpieczeństwu zalecilibyśmy usilnie użyte przez nas przecięcie błony śluzowéj pochwy naokoło części pochwowéj macicy; tym sposobem: 1) operacyja po otwarciu jamy brzusznéj daleko krócéj trwa; 2) operacyja znacznie ułatwiona, bo nie potrzebujemy głęboko w miednicy męczyć się przecinaniem błony śluzowéj pochwy; 3) po przecięciu otrzewnéj resztę odłączenia macicy prawie zupełnie bez ostrych narzędzi wykonać możemy, przez co bezpieczni jesteśmy przed naruszeniem pęcherza lub odbytnicy, jeżeli tylko ściany ich nie są, jak w naszym przypadku, sprawą chorobową już zajęte; a nareszcie 4) możemy od pochwy wygodnie i dokładnie odgraniczyć części chore od zdrowych i cięcie tak poprowadzić, żeby nic chorego przy błonie śluzowéj pochwy nie pozostało.

Nie mniej poleca się wykonanie drugiéj części operacyi w innym pokoju, a trzeciéj części w innym, jak to w naszym przypadku uczyniliśmy: tu możemy po nacięciu jeszcze raz pochwę dokładnie kwasem karbolowym wypłókać, tu ma operator śród przenoszenia choréj czas do ostatecznéj dezinfekcyi swych rąk, tak że już do pokoju, gdzie jamę brzuszną otwieramy, nic nieczystego się nie dostaje.

Dla uniknienia niebezpieczeństw wyliczonych pod numerem 2, 3 i 4, ale zarazem dla skrócenia trwania operacyi po otwarciu jamy brzusznéj zalecamy usilnie zaniechać założenia trzeciéj ligatury Freunda, a zamiast tego, podobnie jak my w naszym przypadku uczyniliśmy, podwiązać odosobnioną t. maciczną przed jéj przecięciem.

Właśnie na trudności w założeniu téj ligatury najbardziéj się operatorowie uskarżają, a nieraz jeszcze po uciążliwém jéj założeniu mimo to znaczne krwawienie następuje ponieważ nie dość silnie uciska tkankę objętą. Tak n. p. Ahlfeld (*Bericht über 10 Laparotomien. Dt. med. Wochenschrift* Nr. 2, 1880 r.) mimo nasilniejszego zaciągnienia nitki koniec małego palca pod nią mógł wsunąć. Nadto zdarzyło się już kilka razy, że moczowody dostały się w tę ligaturę i takowe także podwiązano, co niechybną śmierć choréj sprowadziło.

Zaręczamy, że udało nam się zupełnie łatwo postępując krok za krokiem w głąb (po części tylko palcami operując) tętnicę maciczną po obu stronach przed jéj przecięciem ujrzeć i podwiązać. Postępowanie to jak najusilniéj zalecić możemy. Dodać wprawdzie musimy, że operowaliśmy na kobiecie chudéj, sądzimy atoli, że i u tłustéj osoby podwiązanie takie nie napotka na wielkie trudności, chociaż prawdopodobnie będzie trudniejszém niż w naszym przypadku. Sposób powyższy zasługuje także na pierwszeństwo przed sposobem, którego na przyszłość Bruntzel (*Sechs Fälle von Exstirpation des Uterus nach Freund. Arch. f. Gyn.* tom XIV, *ref.* w *Centralbl. f. Chir.* z 1879 r. str. 379) chce używać. Chce on po założeniu górnych ligatur podstawę szerokich więzów macicy krok za krokiem przeciąć i wszystko co krwawi natychmiast podwiązać. Pole operacyjne w miednicy jest tak głęboko założone i tak wązkie, że moment krwawienia wystarczy, żeby je zakryć, dla tego téż nieraz uchwycenie tętnicy po przecięciu utrudnione być może, chociaż chętnie przyznajemy, że ten sposób jest je-

szcze lepszy od sposobu Freunda, gdyż tam nieraz operator, pewny że ligatura niedopuści krwotoku, nieraz nagle jest zmuszony szukać tętnicy, podczas gdy całe pole operacyjne jest zalane, jak nam to prof. Pernice opowiadał, a dawniejszy jego asystent Loebker opisał. W przypadkach, gdzie odszukanie poprzednie i podwiązanie tętnicy maciecznéj możliwe, a w naszym przypadku było nie tylko możliwe ale bardzo łatwe, zaleca się z pewnością przedewszystkiém nasz sposób.

Sądzimy, że przez podane dwie nasze zmiany sposobu operowania Freunda, które w naszym przypadku wypróbowaliśmy, operacyję jego nie tylko istotnie ułatwiliśmy, ale i mniéj niebezpieczną uczyniliśmy.

III. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

24. Powiedzieliśmy już dawniéj, że porażenia występują często w przebiegu kiły mózgowéj; zastanówmy się teraz nieco bliżéj nad niemi.

Porażenia są albo pierwszym albo dopiero następowym przypadem kiły mózgowéj. W $^1/_3$ wszystkich przypadków porażenia są pierwszym lub prawie pierwszym objawem kiły mózgowéj, w $^2/_3$ występują dopiero po innych zboczeniach czynnościowych tak że, jakeśmy to już wspomnieli, do każdéj prawie z różnych form początkowych przystąpić mogą i przystępują rzeczywiście nader często porażenia. Dzieje się to tak dobrze z bólem głowy właściwym i afazyją, jak formą nawałową, padaczkową i psychiczną kiły mózgowéj. Można nawet powiedzieć, iż każden prawie przypadek nie leczony lub leczony ze skutkiem niepomyślnym prędzéj czy późniéj prowadzi do porażeń.

Obecnie wypada nam zająć się porażeniami, o ile stanowią pierwotny objaw kiły mózgowéj; zaczynamy od najprostszych tj. od porażenia nerwów mózgowych.

Porażenia nerwów mózgowych liczymy do jednego z najczęstszych przypadów kiły mózgowéj; pochodzi to oczywiście ze stósunków anatomicznych tak kiły, jak i układu nerwowego, a ponieważ punkt ten wyjaśniliśmy we właściwém miejscu już dawniéj, przeto nie potrzebujemy się teraz nad nim zastanawiać.

Przedewszystkiém zasługuje na uwagę, że porażeniom skutkiem kiły nie wszystkie nerwy mózgowe równie często ulegają. Najczęściéj dzieje się to z nerwami ruchowemi oka, rzedziéj z nerwem słuchowym, wzrokowym, twarzowym i podjęzykowym, jeszcze rzedziéj z węchowym i troistym, prawie nigdy ze smakowym, błędnym i dodatkowym Wilizyjusza.

Między nerwami ruchowemi oka znów zachodzi znaczna różnica; najczęściéj ulega porażeniu nerw okoruchowy, bardzo często, lubo przecież nieco rzedziéj, nerw odwodzący, rzadko stósunkowo nerw bloczkowy. Przyczyna tego, że te nerwy tak łatwo ulegają porażeniu przez kiłę, polega na tém, iż one są przedniemi nerwami z mózgu wychodzącemi, a kiła jak wiadomo z upodobaniem szczególniejszém nagabuje przednie części mózgu, powtóre, że przebiegają w długich pasmach na podstawie czaszki, gdzie zmiany tak w oponach jak i mózgu bardzo łatwo prowadzą pierwotnie lub następowo do uciśnienia nerwów, że w szczególności dla nerwu okoruchowego między odnogami mózgowemi z osobliwszém według **Broadbenta** upodobaniem rozwijają się zmiany kiłowe.

Ponieważ porażenie jest zboczeniem czynnościowém, które stanowi wyraz nie rodzaju, lecz tylko siedliska zmiany anatomicznéj, łatwo przeto pojąć, że porażenia kiłowe same przez się nie mają w sobie nic charakterystycznego, po czémby można poznać ich przyczynę. Objawy ich zatém są takież same, co i porażeń z przyczyn innych. Będą przeto dla nerwu okoruchowego przypadami: opadnienie powieki górnéj, upośledzenie lub zniesienie ruchów gałki ocznéj do góry, na dół i na wewnątrz, rozszerzenie źrenicy, zéz rozbieżny, widzenie podwójne; dla nerwu odwodzącego: zniesienie lub upośledzenie ruchu gałki ocznéj na zewnątrz, zéz zbieżny i znów widzenie podwójne; dla nerwu bloczkowego: widzenie podwójne w kierunku ku górze względem przedmiotów położonych w dolnéj części pola widzenia a dla jéj zrównoważenia pochylenie głowy na dół ku stronie mięśnia porażonego.

Pod względem przebiegu warte uwagi, że porażenia kiłowe mięśniów ocznych powstają najczęściéj nagle wyrabiając się w przeciągu kilku godzin, rzedziéj w kilku dniach dopiero, najrzedziéj w dłuższym przeciągu czasu. Porażenia te raz powstawszy zazwyczaj nie znikają bez odpowiedniéj terapii, lecz coraz są uporczywsze, dopóki wreszcie nie pozostaną nieuleczonemi.

Co do stopnia, bywają porażenia zupełne, gdzie żaden ruch mięśniem porażonym nie jest możebny, niezupełne, gdzie ruchomość utrzymuje się do pewnego stopnia, i bardzo lekkie, w których chorzy uskarżają się wprawdzie na widzenie podwójne, lecz zézu nie okazują, przypadki, w których dopiero badaniem szkłami barwnemi można wykryć zboczenie i oznaczyć nerw w swéj czynności upośledzony.

Pod względem rozległości bywają przypadki, gdzie wszystkie mięśnie oczne są porażone, inne, w których porażonemi są tylko mięśnie zależne od jednego nerwu, inne nakoniec, w których tylko pewne gałązki jednego nerwu uległy przerzeczonemu zboczeniu czynnościowemu. Ztąd powstają nader rozmaite odmiany; tak może wystąpić samo tylko opadnienie powieki górnéj, opadnienie powieki górnéj z porażeniem mięśnia prostego górnego, co bywa częściéj, porażenie mięśnia odwodzącego wyłącznie, samo rozszérzenie źrenicy, porażenie mięśnia prostego górnego z rozszerzeniem źrenicy i opadnieniem powieki górnéj. Ponieważ opadnienie powieki górnéj i rozszerzenie przynajmniéj nie bardzo znaczne źrenicy, z powodu że nie sprawiają ani podwójnego widzenia ani innych dolegliwości, w wielu razach uchodzą uwadze chorych, przeto we wszystkich przypadkach kiły powinno się na ich obecność zwracać uwagę, by przy znalezieniu uważać je za ważny objaw kiły mózgowéj a tém samém za zwiastun grożącego choremu niebezpieczeństwa.

Przyczyna, dla któréj porażenia nie zajmują nieraz całego nerwu, lecz tylko niektóre gałązki, nie jest dotąd wiadomą; być może, że przyczyny takich porażeń tkwią w mózgu, w którym biorą początek nerwy oczne w różnych jego miejscach; łatwiéj to bowiem przypuścić, niż zmianę po wyjściu nerwów z mózgu, gdzie wszystkie gałązki jakiś czas biegną razem i przy ucisku jednakowo mogłyby a raczéj powinny być porażone.

Daléj zauważyć należy, że równocześnie mogą być po-

rażone nerwy różne idące do tegoż samego oka znów w rozmaitych kombinacyjach lub nerwy idące do obydwóch oczu i to w dwojaki sposób: albo nerwy równoimienne np. obydwa nerwy okoruchowe albo różnoimienne np. wewnętrzny prosty jednego oka z odwodzącym czyli zewnętrznym prostym drugiego oka. Może być nawet więcéj niż dwa nerwy porażone. Zresztą rozumie się samo przez się, że i inne nerwy np. twarzowy mogą ulegać porażeniu obok nerwów ruchowych oka.

Lubo porażenia kiłowe mięśniów gałki ocznéj nie mają oczywiście nic charakterystycznego, należy przecież w każdym ich przypadku myśleć o kile; rzeczą jest bowiem niewątpliwą, że największa ich liczba polega na kile i może nie jest przesadném twierdzenie jednego z okulistów francuzkich, że ze 100 przynajmniéj 75 porażeń jest przyrody kiłowéj.

Zdaniem Fourniera nawet w razach, gdzie ani anamneza ani stan obecny nie dowodzą istnienia kiły, należy o niéj myśleć wyjąwszy tam, gdzie można wykryć inne zboczenia mogące być przyczyną porażenia, i to myśleć têm więcéj, im rozleglejszém jest porażenie, im więcéj nagabuje mięśniów i nerwów.

Znaczenie porażenia mięśniów ocznych jest wielorakie. Naprzód porażenia same przez się są ważne, bo upośledzają ważną czynność ustroju, jaką jest widzenie, powtóre dowodzą istnienia choroby, jeżeli nie mózgu, to przynajmniéj prawie zawsze wśród czaszki, a ponieważ są nieraz pierwszym lub przynajmniéj jednym z pierwszych objawów kiły mózgowéj, która jest ciężką chorobą, oznaczają groźne niebezpieczeństwo.

Po nerwach ruchowych oka bez porównania rzedziéj ulega zmianom kiłowym nerw słuchowy, skutkiem których przychodzi do większego lub mniejszego upośledzenia słuchu oczywiście bez zboczeń anatomicznych za życia wykazać się dających. Temu upośledzeniu słuchu towarzyszą inne zboczenia ze strony mózgu, jak ból głowy, zawrót, osłabienie pamięci itd.

O wiele ważniejszemi są zboczenia ze strony nerwu wzrokowego prowadzące do większego lub mniejszego upośledzenia lub nawet wcale zupełnego zniesienia wzroku. Zmiany te czynnościowe występują albo zupełnie osobno przynajmniéj przez jakiś czas, albo, co bywa o wiele częściéj, towarzyszą innym objawom mózgowym tyle już razy wspomnionym, jak bólom i zawrotom głowy, zboczeniom psychicznym, napadom epileptycznym, porażeniom itd. Zdaniem Fourniera upośledzenie wzroku pojawia się równocześnie najczęściéj z bólem głowy, napadami epileptycznemi i wymiotami. Tak samo zresztą jak w porażeniu nerwów ruchowych gałki ocznéj, przyczyna anatomiczna zboczenia w nerwie wzrokowym tkwić może albo w mózgu albo w nerwie po wyjściu z mózgu w przebiegu na podstawie czaszki. Jako przyczynę fizyjologiczną upośledzenia wzroku wykryć można najczęściéj oftalmoskopem w nerwie wzrokowym zapalenie i zanik. Zapalenie jest następstwem ucisku mechanicznego na nerw wzrokowy wywartego lub rozszérzenia się nań zmiany anatomicznéj a objawia się oftalmoskopijnie zaczerwienieniem i obrzmieniem tarczy nerwu wzrokowego, zatarciem jéj granic wyraźnych, rozszerzeniem żył, zwężeniem tętnic, nieraz wynaczynionkami wdłuż naczyń żylnych tak w tarczy jak i siatkówce. Stan ten zapalny prędzéj lub później skutkiem konsolidowania się nowoutworzonych przez zapalenie elementów prowadzi do zaniku nerwu wzrokowego, przyczém jego tarcza nabiera barwy białawéj ze zwężeniem naczyń, przynajmniéj tętniczych.

Oczywistą jest rzeczą, że te zmiany oftalmoskopijne nie mają nic wyłącznego dla kiły i oznaczają tylko zboczenie anatomiczne wśród czaszki a zatém w każdym razie pomijając samo nawet upośledzenie lub zniesienie wzroku chorobę ciężką, którą powinno się leczyć energicznie, jeżeli nie ma przyjść do niepowetowanéj straty dla chorego. Szczegółowego znaczenia dopiero wtedy nabierają zmiany w nerwie wzrokowym, gdy im towarzyszą inne przypady mózgowe, które z większém lub mniejszém podobieństwem do prawdy trzebaby odnieść do kiły.

Na szczególniejszą zasługuje uwagę okoliczność, że zmianom oftalmoskopijnym do pewnego przynajmniéj czasu nie zawsze odpowiada upośledzenie wzroku; są nawet przypadki, że oftalmoskop wykrywa znaczne zmiany a mimo tego chorzy nie uskarżają się na żadne upośledzenie wzroku. Fakt ten, niepodobny dziś jeszcze do wytłómaczenia, nakazuje stanowczo badać oftalmoskopem dno oka u każdego chorego, który w ogólności okazuje jakiekolwiek przypady, nawet bardzo nieznaczne, któreby z rozpoczynającéj się kiły mózgowéj wywodzić należało.

Nerw twarzowy o wiele rzedziéj niż nerw wzrokowy ulega w kile porażeniu. Jakie są objawy porażenia nerwu, o którym mowa, nie ma potrzeby przytaczać. Tyle pewna, że porażenia nerwu twarzowego bywają obwodowe, gdzie np. nerw ulega uciskowi mechanicznemu na podstawie czaszki, ze znanemi cechami lub ośrodkowe, w których porażenie twarzy ma toż samo znaczenie, co zwyczajne porażenie połowicze ciała, któremu zresztą, jak o têm wkrótce wspomnimy, często towarzyszy. To pewna, że jedno i drugie porażenie bywa w kile nader często niezupełne, częściowe co do stopnia i rozległości, przelotne lub stałe, ostatnie, jeżeli towarzyszy porażeniu połowiczemu. Mogą być porażonemi także równocześnie obydwa nerwy twarzowe, jak tego sam niedawno jeden postrzegałem przypadek, w którym po stronie prawéj były porażonemi górne a po lewéj dolne gałązki nerwu twarzowego, objaw naturalnie nie tylko uderzający, ale i ważny pod względem rozpoznania przyczyny porażenia.

Co się tyczy innych nerwów mózgowych, zasługuje na obszerniejszą wzmiankę tylko nerw troisty. Uderzającém jest, że Fournier uważa zboczenia w tym nerwie w przebiegu kiły mózgowéj za rzadkie i wyjątkowe, gdy według moich przynajmniéj spostrzeżeń zboczenia czynnościowe ze strony nerwu troistego nawet byłyby dosyć częste. Bez porównania częstsze są daléj zboczenia czucia niż ruchu. We wszystkich przypadkach zboczenia występowały tylko w jednym nerwie troistym a objawiały się jako bóle nerwowe, częściéj jako upośledzenie lub zniesienie czucia. Tym zboczeniom towarzyszą nieraz porażenia mięśniów ocznych a w jednym przypadku przezemnie i kilku innych kolegów w Krakowie obserwowanym zapalenie oka poraźne *(ophthalmia neuroparalytica)*, które ustąpiło wprawdzie leczeniu stósownemu, miejscowemu i ogólnemu, ale po którém w lat dopiero kilka pojawiło się porażenie połowicze zupełne jako ważny przypad dyjagnostyczny.

O nerwie podjęzykowym jużeśmy wspomnieli przy afazyi; tu dodać tylko należy, że niekiedy porażenie tego nerwu występuje zupełnie osobno.

Wymioty odnieśćby należało zapewne do cierpienia nerwu błędnego.

Najważniejszém ze wszystkich porażeń w przebiegu kiły mózgowéj występujących jest porażenie połowicze a to dla tego, ponieważ jest najczęstsze, najrozleglejsze na obwodzie, najcięższe i — powiedzmy prawdę — stósunkowo najmniéj dla terapii dostępne.

Porażenie połowicze okazuje się zwykle w epoce bardzo późnéj choroby, jak o tém przekonywa następna statystyka zebrana przez Fourniera: najczęściéj występuje porażenie przerzeczone między 3. a 18. rokiem od wystąpienia zmiany pierwotnéj a tu znów najczęściéj między 6. a 10. rokiem. Po za tym czasem jest tém rzedszém porażenie połowicze, im się więcéj w jednę lub drugą stronę odeń oddalamy. Postrzegano atoli już przypadki po 20 i 30 latach od początku choroby, jak na odwrót i przypadki, w których porażenie wystąpiło podczas kiły tak zwanéj drugorzędnéj między np. 6. a 19. miesiącem od czasu pojawienia się zmiany pierwotnéj. Takie przypadki zdaniem Fourniera odpowiadałyby zupełnie tym, w których np. na skórze w bardzo wczesnym okresie choroby ukazują się zmiany zazwyczaj późne jak np. kilaki itd. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Kiła a małżeństwo przez profesora Fourniera.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Czwartym warunkiem jest łagodny charakter kiły. Jeżeli pierwotny objaw choroby był łagodny, jeżeli nawroty choroby były coraz słabsze i łatwo ustępywały leczeniu wówczas to jest rękojmią na przyszłość i uwzględniwszy inne warunki można zezwolić na związki małżeńskie. Jednakże nie ma jeszcze pewności, czy nie nastąpią wybuchy kiły trzeciorzędnéj, owszem kiła trzeciorzędna z upodobaniem występuje tam, gdzie pierwotne objawy były łagodne, jeżeli leczenie nie było odpowiednie. Ostrożniejszym być trzeba, jeżeli kiła zaraz z początku miała charakter groźny. Do groźnych form kiły należą i te, gdzie przypady są lekkie i łatwo leczeniu ustępują, szczególniéj owrzodzenia błon śluzowych, ale uporczywie powracają; jako też wszelkie przypadki, gdzie choroba zajęła organa szlachetne np. oko, nerwy, rdzeń pacierzowy, mózg. Przypady te mają wielką skłonność do nawrotów. Zajęcie mózgu uważa autor prawie za bezwzględne przeciwskazanie małżeństwa. Nie można zatém postanowić żadnego ogólnego prawidła, ale w każdym poszczególnym przypadku uwzględnić trzeba strony dodatnie i ujemne i według tego się kierować.

Jak dotąd każdy zapewne zgodzi się z Fournierem. Przychodzi warunek piąty i ostatni: Dostateczne leczenie specyficzne. Na czémże polega to dostateczne leczenie specyficzne. Oto na wprowadzeniu do ustroju rtęci i jodu w dawkach energicznych według pewnéj metody, którą autor nazywa następową lub przerywaną *(successif ou intermittent)* przez dłuższy czas co najmniéj trzy lub cztery lata. Leczenie jodem radzi powtarzać i późniéj co dwa, trzy lata. Tylko ten sposób leczenia w każdym przypadku kiły ma z małymi wyjątkami zapobiegać kile trzeciorzędnéj, zmniejszać możebność zarażenia żony i nie sprowadzać kiły dziedzicznéj. Tym sposobem jak się wyraża autor trzyma się chorobę w karbach i zapobiega wybuchom. Inni syfilidologowie używający rtęci i jodu zadowalniają się przypisując rzeczonym lekom jedynie zdolność usuwania przypadów i nie zadają rtęci tak długo. Tenże sam autor dwadzieścia lat temu wymagał tylko leczenia dziewięciomiesięcznego, który to okres czasu leczenia ciągle powiększając doszedł do minimum trzy lub cztery lata. Ztąd Diday wyraża się o nim że apetyt wzmaga się z jedzeniem. Ale zgodziwszy się na takie leczenie jak pogodzić warunek drugi, trzeci i piąty, choćby kiła była najłagodniejszą? Jak choremu pozwolić żenić się w trzy lub cztery lata od zarażenia się, jeżeli go tak długo trzeba leczyć a potém jeszcze 1½ —2 lat czekać bez leczenia?

Wybuchy kiły trzeciorzędnéj przypisuje autor chorobie źle lub wcale nieleczonéj. Dr. Jullien zebrał 59 przypadków kiły trzeciorzędnéj nieleczonéj w poprzednich okresach. Między tymi był tylko jeden przypadek wątpliwy u kobiety z porażeniem połowiczém lewém. Na 47 przypadków kiły trzeciorzędnéj leczonych rtęcią od początku znalazł 6, gdzie układ nerwowy był zajęty, a na 112 przypadków kiły trzeciorzędnéj leczonych rtęcią od wybuchów wtórorzędnych 28 razy zajęty był układ nerwowy. Z pomiędzy chorych Fourniera znalazł 17 przypadków kiły trzeciorzędnéj, a między niemi 6 razy był zajęty układ nerwowy. Twierdzi zatém, że kiła trzeciorzędna występuje u nieleczonych rtęcią rzadko a przypady mózgowe nigdy, u chorych zaś od początku leczonych rtęcią jest łagodniejszą aniżeli u leczonych dopiero od przypadów drugorzędnych *(Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire. 1874. Paris).* Tym wnioskom co do rzadkości kiły trzeciorzędnéj u nieleczonych możnaby zarzucić, że obecnie przeważna większość chorych jest leczoną rtęcią a więc porównanie nierówne.

Według przytoczonych pięciu warunków powinien lekarz szczegółowy przypadek rozważyć i według tego dać pozwolenie małżeństwa albo też takowego odmówić. Jednakże nieprzewidziane wyjątkowe wypadki powinien mieć na uwadze, a zatém ostrożnie wypowiedzieć swe zdanie i zwrócić uwagę chorego na możebne następstwa.

W drugiéj części swych wykładów rozbiera Fournier, jak się ma zachowywać lekarz w obec chorego, który bez jego rady a może pomimo zakazu się ożenił i naraził się na nieprzyjemne następstwa. Tu należą również przypadki, gdzie mąż już nabawił się kiły albo szanker nabyty kilka dni przed ślubem, dopiero po ślubie się pokazał. Przypadki te są jednakie, bo lekarz ma przed sobą męża chorego, który dla utrzymania spokoju domowego ukrywać się musi z chorobą. W takim razie radzi autor energiczne przyżeganie czyto wrzodu czy kłykciny azotanem rtęci i użycie rtęci w powiększonych dawkach np. zamiast 0·05 *protojod. hydrarg.* daje zaraz 0·10—0·15 przez dwa miesiące, poczém po przerwie kilkutygodniowéj przez nowe dwa miesiące wprowadza rtęć, przerywa kilka tygodni i znowu zaczyna itd. Daléj należy uprzedzić chorego o niebezpieczeństwach na jakie naraża żonę bezpośrednio przez zarażenie i pośrednio przez zastąpienie. Inaczéj narazi się lekarz na słuszne wymówki. Aby uniknąć zarażenia żony musi mąż wystrzegać się jéj póki ma choćby najdrobniejszy objaw choroby. Najdrobniejsze zdarcie przyskórka na prąciu, nieznaczny pryszczyk na wardze może być złowrogim dla kobiety. Ponieważ przez zastąpienie nietylko zachodzi niebezpieczeństwo dla płodu ale pośrednio i żonie udzielić się może choroba, przeto lekarz wyraźnie powinien zabronić zapłodnienia żony. Rzecz zapewne trudna do przeprowadzenia w młodém stadle, gdy żona nic nie wie o chorobie męża i pragnie dzieci. Nic nie znaczy, lekarz musi uprzedzić męża o nie-

bezpieczeństwach wynikających z zapłodnienia żony, a w danym razie powinien mu radzić w jaki sposób tego niebezpieczeństwa może uniknąć.

Ale zaszedł wypadek, że żona pozostała nietkniętą od choroby, jest w ciąży, jak się wtedy ma zachować lekarz? Co do męża obowiązywać będą dopiero co przytoczone uwagi, tém bardziéj, że następowe zarażenie żony w wysokim stopniu powiększyłoby niebezpieczeństwo dla dziecka. Ale jak się zachować w obec żony i płodu? Płód może ma kiłę dziedziczną i może zarazić matkę—a więc leczyć matkę zapobiegawczo. Lecz zkąd wiemy, że płód ma kiłę a zkąd pewność, że choroba udzieli się matce? Fournier radził się pod tym względem syfilidologów i znalazł, że zdania ich są podzielone: jedni radzą leczyć zapobiegawczo, drudzy się sprzeciwiają, a inni nie mają zdania wyrobionego. Ricord nie leczy zapobiegawczo, lecz wcale nie potępia tych, co inaczéj czynią. (W obec tego, że wpływ szkodliwy ojca na płód bezpośrednio jest bądź co bądź jeszcze nie rozstrzygniętym należałoby się powstrzymać od leczenia zapobiegawczego. Nawet sama myśl leczenia zapobiegawczego nie trafia mi do przekonania, bo w takim razie lecząc żonę zapobiegawczo, nie potrzebaby żadnych przepisów ostrożności dla męża, a nawet każdy rozpustnik na pewne unikałby kiły zażywając rtęć zapobiegawczo. *Przyp. spraw.*).

Gdy mąż już zaraził żonę postępowanie zdawałoby się łatwe: leczyć oboje. Co się tyczy męża zapewne łatwo przeprowadzić leczenie odpowiednie i kazać mu wystrzegać się ojcowstwa. Ale co do żony najczęściéj mąż wzywa lekarza zobowiązując go na wszystkie świętości, aby przed nią tail nazwę choroby i przyczynę jéj. Obowiązek ten lekarz przyjąć musi i na tém polega trudność położenia, z którą lekarz dokładnie obeznanym być powinien. Położenie to bywa tém trudniejsze dla Fourniera, gdy po ustąpieniu przypadów chora mieni się zdrową a on przez kilka lat ciągle ją leczy. Często też wszystkie wybiegi na nic się nie zdadzą, chora prawdy się dowie.

Jeżeli oboje małżeństwo dotknięci są kiłą a żona brzemienna to wypadek jest najniepomyślniejszy. Dla dziecka rokowanie jest najgorsze, bo albo nastąpi poronienie, albo dziecię przyjdzie na świat nieżywe lub z kiłą dziedziczną. Gdy w ostatnim przypadku dziecko powierzą mamce, wszelkie są warunki po temu, aby się zaraziła, następnie udzieliła chorobę własnemu dziecku, mężowi itd. Jakże zachować się w obec choréj a brzemiennéj, bo nie ulega wątpliwości że męża leczyć trzeba. Przeciwko zadawaniu rtęci brzemiennéj podnoszono, że rtęć wzmaga przypady ze strony żołądka, które podczas ciąży się znachodzą, że wzmaga niedokrewność i sprowadza poronienie. Przypadów ze strony żołądka można uniknąć zapisując przetwór łatwiejszy do strawienia np. *protojod. hydrarg.* albo wcierania. Sprowadzenia niedokrewności nie należy się obawiać, bo rtęć jest właśnie żelazem dla dotkniętych kiłą a mniemanie że rtęć sprzyja poronieniu jest mylném. Wiele kobiet syfilitycznych roni bowiem bez zażywania rtęci a wiele leczonych rtęcią rodzi w swoim czasie. Autor zatém mocno obstaje za leczeniem.

W końcu zastanawia się autor czy dziecko syfilityczne można powierzyć mamce. W żaden sposób, bo zarażenie mamki jest prawie pewném, a od mamki zaraza daléj się może szerzyć, tem bardziéj, że kiła nabyta w inny sposób aniżeli przez spółkowanie pewniéj się udziela, bo się nie zachowuje téj ostrożności zapoznając chorobę. Przytoczę tu tylko jeden przypadek. Dziecię zaraziło mamkę. Mamka mająca dużo pokarmu dała piersi trzem oseskom i takowe zaraziła. Od nich zaraziły się matki, które następnie chorobę udzieliły mężom. A więc w krótkim czasie 10 osób się zaraziło. Lekarz ma możność, ma obowiązek zapobieżenia takim następstwom, nie pozwalając stanowczo na powierzenie mamce dziecka syfilitycznego. Mamką oseska syfilitycznego może być tylko matka własna. Zapewne nieraz trudno będzie nakłonić do tego matkę nieznającą przyczyny, ale tak być musi, chodzi tu nie tylko o to aby zapobiedz udzieleniu się choroby, ale względnie unika się procesów skandalicznych, które wytoczyć może mamka zarażona.

Ale czy w każdym przypadku, gdzie dziecię pochodzi z rodziców syfilitycznych te przepisy dotyczą? Oto cztery przypadki są możebne. Albo matka i dziecko uniknęły choroby męża względnie ojca albo matka i dziecko mają kiłę, albo matka jest zdrową a dziecię ma kiłę dziedziczną albo nareszcie odwrotnie matka jest syfilityczną a dziecię zdrowe. Jeżeli matka i dziecię zdrowe wówczas z karmienia dla żadnéj strony nie grozi niebezpieczeństwo. Jeżeli matka i dziecko chore także nie ma obawy, bo się kiła nie potęguje. A zatém w obu przypadkach bez obawy matka może karmić.

Ale jeżeli matka jest zdrowa a dziecię syfilityczne (przypadki rzadkie, ale przecież się zdarzające), wówczas przecież grozi niebezpieczeństwo matce? Doświadczenie pokazuje, że nie. Blisko 50 lat temu zauważył to Abraham Colles, że dziecię z kiłą dziedziczną nigdy nie zaraża własnéj matki, jeżeli była zdrową. Niewytłómaczony ten fakt znany jako prawo Collesa dotąd się potwierdza. Dziecię takie może jednak zarazić mamkę, a więc tylko matka karmić je powinna, karmić musi. Pozostaje możebność czwarta czy nie grozi niebezpieczeństwo dziecku zdrowemu będącemu u piersi matki syfilitycznéj. I tu rzecz się ma podobnie, matka nie zarazi swego dziecka. Rozumie się, że tu nie należą przypadki, gdzie matka zdrowa porodziła dziecię zdrowe a dopiero późniéj matka lub dziecię nabawiło się kiły. W takim razie udzielenie kiły jest prawidłem. (Że ojciec chory swemu dziecku następowo udzielić może kiłę o tém świadczy na początku przytoczony przykład Mireura). A więc w każdym razie matka powinna karmić swoje dziecię. Pod tym względem lekarz nie może dać innego zezwolenia. Gdy dziecię jest na pozór zdrowe to i wówczas przynajmniéj kilka miesięcy matka karmić musi, bo nieraz dopiero po kilku miesiącach kiła dziedziczna się pojawia. Jeżeli po trzech miesiącach nie ma na dziecku śladów kiły wówczas zdaniem Fourniera można oseska powierzyć mamce, ale trzeba oboje starannie badać.

Oto krótki szkic wykładów Fourniera, które urozmaicił licznymi przykładami i poparł statystyczném zestawieniem swoich przypadków. W wielu miejscach przybiera ton kaznodziei, co się tłómaczy wielką donioslością przedmiotu. Nieprzyjemnie tylko razi w niektórych miejscach, że niemal ignoruje prace poprzedników na tém polu i całą zasługę sobie przypisuje, mówiąc o trudnościach jakie mu się nastręczały na tém polu nieobrobioném. Papier i druk zalecają się bardzo. *(Syphilis et mariage leçons professées à l'hopital St. Louis. Paris.* 1880. *Masson,* in 8-vo 288 str.).

Dr. Bogdanik.

F. A. Grey: **Tężec urazowy, wziewanie chloroformu, wyzdrowienie.**

Wyzdrowienie z tężca urazowego jest dość rzadkie; zasługuje więc taki przypadek na ogłoszenie.

Z przytoczonego przez G. przypadku wyjmujemy następujące szczegóły: James Y. 10-letni chłopiec doznał przez machinę zmiażdżenia palca średniego u lewéj ręki. Dziesięć dni późniéj pojawiły się kurcze szczękowe, mięśni karkowych i plecowych; w cztery dni potém okazywał przy przyjęciu do szpitala stan następujący:

Części miękkie palca średniego lewego posoką przesiąkłe, zmiażdżone; kości członkowe (1go i 2go) pogruchotane, a członek paznogciowy zgorzelinowo zmieniony wisi tylko na ścięgnach. Szczęki prawie nieruchome, dają się zaledwie na $^1/_4$ cala od siebie oddalić; połykanie płynów utrudnione, a każde takie usiłowanie wywołuje kurcze; kręcz tylny wybitny; bóle w dołku żołądkowym straszne; ściana brzuszna naprężona, deszczkowato twarda; mięśnie twarzowe kurczą się także a ztąd *risus sardonicus.* Kurcze są chwilami tak silne, że chory bywa wtedy podrzucony w łóżku z karkiem w tył naprężonym, zęby ściśnięte, wdech zatrzymany, aż do obawy uduszenia, cera twarzy podówczas sina nawet ciemnosina. Palec zmiażdżony odjęto w stawie śródręcznym przy użyciu chloroformu.

Zauważono przytém, że podczas zupełnéj narkozy tężec ustał był natomiast znowu wystąpił gdy skutek narkozy przeminął. Po użyciu chloralu i bromku potas. (z każdego po 0,70) napady tężcowe wprawdzie zrazu wolniały i nie były tak częstemi, lecz wkrótce skutek ten ustał pomimo zwiększenia dawek. Zdecydowano przeto trzymać chorego w narkozie z chloroformu. Miało to ten skutek pomyślny, że pod wpływem zupełnéj narkozy kurcze całkiem ustały, i byłby chory przez kilka godzin wolny od tężca, gdyby po ustaniu narkozy wziewanie na nowo rozpoczęto. W chwilach ustawania narkozy chory spożywał mleko i rosół szybko, gdyż musiano wnet wziewanie na nowo rozpoczynać z powodu ponawiania się tężca, który dopiero po sześciu dniach łagodniejszym i mniéj częstym się stawał; wtedy téż i wziewanie chloroformu mogło być rzedsze, z którém téż stopniowo ustawano; wreszcie po upływie jeszcze kilku dni zaniechano wziewania zupełnie. Drgania lekkie pojawiały się jeszcze przez kilka dni, a w mniemaniu, że takowe mogłyby także pochodzić od glist, zadano chłopcu kilka dawek santoninu poczém takowe odeszły, a drgania ustały. Piętnastego dnia pobytu w szpitalu wypuszczono chłopca zupełnie zdrowego, gdyż w ciągu tego czasu rana zagoiła się przez rychłozrost, a wygląd chłopca wcale nie zdradzał przebytéj niebezpiecznéj choroby. (*The Lancet.* 31 lipca 1880 r.). *Dr. Karcz.*

A. Robertson; **Przyczynek do oznaczenia siedziby zmian chorobowych w mózgu.**

R. na posiedzeniu Towarz. patol. klin. w Glasgowie, którego obecnie jest przewodniczącym, przedstawił chorego mężczyznę lat 28 liczącego, który teoryję o lokalizacyi zmian w mózgu ilustruje: Pacyjent ten upadł był przed 4 laty na tyłogłowie, co go ogłuszyło, poczém wystąpiły zawrót i bóle głowy oraz drgawki do padaczkowych podobne, które to przypadłości ciągle się wzmagały. Napady drgawkowe zwykle rozpoczynały się w lewéj ręce i rozprzestrzeniały się niekiedy do łokcia znikając po upływie dwóch minut; czasem obejmowały one także ramię i lewą boczną część szyi i głowy. W napadach zaś cięższych w chwili gdy drgawki postąpiły ku barkowi, chory tracił świadomość na jednę do dwóch minut. Podczas dłużéj trwającego badania spostrzegł R. trzy razy, że chory nagle wpadał w stan roztargnienia, rozmarzenia, gałki oczne szybko poruszały się z jednéj strony ku drugiéj, przyczém uśmiech wystąpił co się tém tłumaczy, iż chory wtedy doznawał omamu widział on postacie kobiet, stare znajome. Postacie te pojawiały się zawsze z lewéj strony i nie zatrzymywały się dłużéj nad jednę minutę; chory był świadomy, iż to są tylko omamy. Źrenice nie były umiarowe, lewa była mniejsza od prawéj. Kolory dobrze rozróżniał, lecz podczas zawrotu głowy bystrość była na lewém oku znacznie słabszą; słuch także słabszy; podobnież i władze umysłowe okazywały pewne osłabienie. Omamy wzrokowe niekiedy tak były żywe, iż rozwadze trudno było fałszywe te wrażenia sprostować, a pacyjent prawie podobny był wtedy do umysłowo chorego. Przy obmacaniu głowy spostrzeżono po prawéj stronie około dwa cale powyżéj i przed małżowiną miejsce bolesne a ból ten rozciągał się niemal do środkowéj linii. R. zauważa, że przypadek ten popiera teoryję o lokalizacyi ośrodka ruchowego. Ruchy drgawkowe obejmujące głównie lewą odnogę i lewą stronę głowy, wskazują na zajęcie przedniéj części ośrodka ruchowego położonéj na przeciwnéj stronie mózgu, a przestrzeń bolesna czaszki odpowiada właśnie temu umiejscowieniu. Omamy wzrokowe i przytępienie słuchu wskazują nadto, że oprócz stery ruchowéj inne jeszcze części mózgu są zajęte. Krótkie trwanie i cecha przepuszczająca błędnych wyobrażeń i towarzyszące im drganie gałek (nystagmus) są przypadłościami zajmującemi i wyjątkowemi. R. jest zdania, iż omamy te uważaćby można śmiało za drgawki w dziedzinie specyjalnych zmysłów. *(Brit. med. Journ.* 31 lipca 1880 r.). *Dr. Karcz.*

S. Ringer: **Gliceryna jako środek przypadowy w przypadkach przewlekłego nieżytu żołądka i dyspepsyi.**

S. Ringer, opierając się na licznych doświadczeniach, poleca najgoręcéj glicerynę jako częstokroć nader skuteczny środek znoszący lub zmniejszający: *a)* kwaśne kiśnienie w żołądku; *b)* odbijanie nadmierne gazami; *c)* uczucie zgagi.

Tak w przypadkach, gdzie wszystkie przypady wspomniane występowały równocześnie, jak przeciw każdemu z osobna uważa autor glicerynę za środek wielce pożyteczny. Dawka zalecona wynosi od 4·00 do 9·00 dwa do trzech razy dziennie przed spożyciem pokarmów. W niektórych przypadkach nadto usuwał lek ten bolesność w okolicy żołądka i wymioty, prawdopodobnie jako środek przeciwgnilny, przeszkadzający tworzeniu się ostrych gazów drażniących nadwątloną i drażliwą błonę śluzową żołądka.

Najprawdopodobniejszém jest, że działanie to gliceryny odnieść należy do jéj własności powstrzymywania niektórych form kiśnienia i gnicia. J. Mekulicz *(Archiv f. klin. Chirurgie* B. 22. H. 2, 1878) dowiódł, iż gliceryna przeszkadza gniciu istót azotowych, np. krwi rozcieńczonéj wodą, 2% gliceryny powstrzymywały rozkład na przeciąg 24ch godzin, 10% na pięć dni.

E. Murk (*Virchows Archiv* 1879) doświadczalnie udowodnił, iż 2% do 3% gliceryny zdoła powstrzymać tworzenie się kwasu mlekowego w mleku przez 18 do 24 godzin. Demarquay przechowywał w zupełnie dobrym stanie

mięso i inne tkaniny tak zwierzęce jak roślinne od 6ciu tygodni do dwóch miesięcy w glicerynie.

Mimo to gliceryna nie znosi bynajmniéj działania trawiącego pepsynu i kwasu solnego a tém samém nie nadwątla trawienia. (*The Lancet*, II, 1, 1880). *S. P.*

Wiadomości pomniejsze.

(T. W.) F. N. Otis profesor i chirurg w szpitalu „Charity“ w Nowym Jorku używa od 5ciu lat (*The New York med. Journal 5. 1880*) siarczku wapnia (*Calcium sulphid*) sposobem przez Sydney-Ringera podanym a mianowicie po 5 miligr. co 2 godziny lub po 3 miligr. co godzinę na wewnątrz, z bardzo dobrym skutkiem na wszelkie obrzęki zapalne, czyraki duże, zapalenia tkanki podskórnéj itp. i przekonał się, że środek ten bardzo często powstrzymuje ropienie. Na téj podstawie podawał go również chorym na dymienice towarzyszące szankrom i na 18 przypadków w ten sposób leczonych w piętnastu nastąpiło zupełne wessanie dymienic a tylko w trzech przypadkach musiano przystąpić do przecięcia tychże.

Raynaud (*Brit. med. Journal* 31 lipca 1880) zaszczepił był królikowi ślinę z człowieka na wodowstręt cierpiącego, a w 5 dni już zwierzę objawiło tę samą chorobę. Dwa inne króliki, którym ślinę z wodowstrętu pochodzącą zaszczepiono także na wściekliznę zachorowały. Wnosi więc ztąd R. że ślina człowieka na wodowstręt chorego jest jadowita i że należy na ten przedmiot więcéj uwagi zwracać, aniżeli to się dotychczas działo. *Dr. Karcz.*

Beyrand z Libourne (*The Lancet*) przedłożył był niedawno Akademii umiejętności w Paryżu wynik dochodzeń w kierunku osiągnięcia pewnego znaku rzeczywistéj śmierci w przypadkach wątpliwych, i twierdzi, że za pomocą żegadła, gdy ciało jest martwe, albo wcale się strupa nie wywoła lub téż strup jest przeźroczysty i posiada barwę żółtą; gdyby atoli strup miał barwę ciemną lub téż ciemno-brunatną, natenczas z ciała tego życie jeszcze nie ustąpiło. *Dr. Karcz.*

(T. W.) Cotoin lek przeciwbiegunkowy u dzieci. Prof. Pribram w Pradze (*Prag. Wochenschr.* Nr. 30—33, 1880) przekonał się na podstawie licznych doświadczeń od r. 1877 z przetworami cotoinu czynionych, że lek ten jest bardzo skutecznym w biegunkach u dzieci a podawany w dawkach małych począwszy od 0.02 p. d. u dzieci najmłodszych usuwa biegunkę w różnych chorobach w stosunkowo bardzo krótkim czasie; działanie cotoinu zdaje się być przeciwgnilne lub antimikotyczne, a przed innymi środkami przeciw biegunce używanymi posiada cotoin te zalety, że działa skutecznie już w bardzo małych dawkach, że nie przeszkadza trawieniu i nie jest środkiem odurzającym. W wielkiéj ilości przypadków ustąpiła biegunka przy podawaniu cotoinu już po 1—2 dniach częściéj po 4 dniach, a dłuższego czasu wymagała do usunięcia biegunka u dzieci z krzywicą; zgodnie z wynikami innych badaczy widział P. także dobre skutki po cotoinie w biegunce u dorosłych suchotników.

Śmiertelność dzieci chorych na biegunkę jakiegokolwiek początku wliczając w to i krzywicę wynosiła w r. 1879 na 500 chorych 34 przypadki śmierci, zatém 6·7%; podczas gdy w r. 1875 przed stósowaniem cotoinu wynosiła 14·7%.

(T. W.) Na nowy i ważny objaw w przebiegu raka sutkowego zwraca uwagę lekarzy Herbert Snow chirurg w szpitalu chorych na raka (*Lancet* Nr. 24, 1880, *Allg. mediz. Centralzeit.* Nr. 69). Ma nim być zgrubienie kości ramieniowéj po stronie odpowiedniéj cierpiącemu sutkowi, zajmujące górną trzecią część kości, przy ucisku bolesne i łatwo dające się wybadać przez porównanie z kością ramieniową drugiéj strony; czasem występuje po téjże stronie i zgrubienie obojczyka. Objawy wymienione występują prawie równocześnie z obrzmieniem gruczołów pachowych a lekki ból przy ucisku na ramię czują chorzy jeszcze przed wytworzeniem się zgrubienia kości. Badanie kości na zwłokach wykazało zaczerwienienie szpiku kostnego tudzież liczne komórki kuliste w nim zawarte z dużemi ziarnami a w żadnym przypadku nie stwierdzono przerostu kości. Autor uważa dające się wyczuć zgrubienie jako lekkie zapalenie okostny powstające skutkiem osadzania się zarodków rakowatych w rdzeniu kostnym. W każdym przypadku, w którym stwierdzono zgrubienie i ból przy ucisku na kość ramieniową, wystąpiła recydywa po kilku tygodniach albo miesiącach po operacyi a więc objawy te świadczyłyby zawczasu o nieskuteczności miejscowego leczenia.

V. Zapiski lekarskie
ze stulecia XVIgo.

Ze spółczesnego rękopisu łacińskiego
zebrał i przełożył
Prof. Dr. Józef Oettinger.

Pomiędzy rękopisami przechowywanemi w Archiwum Uniwersytetu Jagiellońskiego znajduje się jeden w IVce oznaczony liczbą 69, na którego okładce skórzanéj dziś wytartéj i nieco nadwerężonéj, lecz noszącéj jeszcze ślady dawnéj wytworności, przylepiona jest kartka pochodzenia świeższego z napisem: *Regestrum Supellectilis et Narrativa Collegii maioris ab anno 1507 ad 1754.*

Składa się on ze stronic liczbowanych 365, z papieru grubego, brudno żółtego, wzdłuż drobno prążkowanego.

Treść jest różnorodna i co do czasu i co do saméj osnowy, gdyż w różnych porach różne księga ta miewała przeznaczenie, a do jéj osobliwości należy ten szczególny stosunek jéj części, iż na pierwszych kartkach znajdują się późniejsze zapiski, na dalszych dawniejsze, po nich następują znowu świeższe, a ku końcowi samemu o wiele wcześniejsze a wszystko to poprzegradzane wielu jeszcze kartkami pustemi. Okazuje się za bliższém rozpatrzeniem, że pierwotnie pozostawiono z umysłu na początku kilkadziesiąt kartek pustych, aby na nich zamieścić wspomnienia i ofiary dawniejsze od tych, od których spisywanie zaczęto, a gdy zamiaru tego nie wykonano, ręka późniejsza historyjografa Uniwersytetu mistrza Marcina Radymińskiego w wieku XVII zużytkowała to miejsce wolne, aby wpisać inwentarz przywilejów uniwersyteckich z oznaczeniem półek i szuflad, w których się przechowują. W ten sam sposób korzystano téż późniéj z innych pustych kartek i powciągano wiele urzędowych pism uniwersyteckich z czasu od r. 1645 aż do 1754.

Najdawniejsze zapiski z połowy XVI stulecia poczynają się na str. 29téj, na któréj ręką spółczesną jest tytuł pierwotny taki: *Registrum seu Repertorium totius supellectilis precipue tamen argentee domus Collegii Maioris* [1]) *artistarum studii incliti Cracoviensis donate eidem vel etiam testamentaliter legate per fautores aut confratres ut pote doctores et Magistros vel quosvis alios benefactores ejusdem. Ab anno domini millesimo quingentesimo septimo et paulo supra computando.*

[1]) O kollegijach uniwersyteckich obacz Oettingera: Rys dawnych dziejów Wydz. lek. Uniw. Jagiell. Kraków 1878, ustęp 34.

Wiadomości na następnych stronnicach podane nie ograniczają się atoli do suchego wykazu ofiar, darowizn i sprzętów, lecz zawierają ciekawe szczegóły biograficzne i historyczne, wzmianki o ważnych zdarzeniach i klęskach jak np. o pomorach, pożarach itp. także dość często o chorobach i rodzaju śmierci dobrodziejów. Zebrałem wszystko, co się odnosi bąć do lekarzy, bąć do stosunków zdrowia i jego warunków. Czerpali z téj ciekawéj księgi do swych prac historycznych Michał Wiszniewski, Józef Muczkowski i Józef Majer, świadczy o tém zapisek na str. 231 opiewający:

„Dnia 20 października 1841 do historyi Akademii krakowskiéj przez siebie napisanéj (??? wybierał z téj księgi wiadomości Michał Wiszniewski.“ Obok tego własnoręcznego podpisu dodała inna ręka: Vanitas! i owe trzy znaki zapytania; czyja zaś była? wskazuje trzecia, dopisawszy ołówkiem Muczkowski.

Dla wyjaśnienia bliższego stosunków czy to osobistych czy to uniwersyteckich, wzmiankowanych w następnych wyciągach odsyłam do odpowiednich ustępów mojego Rysu dawnych dziejów Wydziału lek. Uniw. Jagiell. Kraków 1878 (osobne odbicie z tomu VI Rozpraw i Sprawozdań Wydziału filol. Akad. umiejętn. w Krakowie).

---

1. Również mistrz Leonard z Dopczyc (de Dopsczicze) bakałarz św. Teologii i prawa kanonicznego darował domowi naczynie srebrne okrągłe jak garnek, zakończył on dni swoje we czwartek w dzień śś. Fabijana i Sebastyjana (20 stycznia) około godziny 22giéj zarażony powietrzem morowém roku pańskiego 1508 (str. 34).

2. Tegoż roku 1527 dnia 1go września o godzinie 8méj czcigodny a znakomity mąż mistrz Michał przezwany Olsna[2]) z powiatu Oleśnickiego (na brzegu dopisano: a Sternbergk) profesor św. Teologii i kanonik kościoła kolegiackiego św. Floryjana na Kleparzu, mąż słynny z ogromnéj nauki scholastycznéj, z życia i obyczajów a niezwykłą obdarzony pokorą schodząc z życia od srożącego się zaraźliwego powietrza testamentem domowi przekazał dwa kubki srebrne wewnątrz pozłacane, na których wyryte znamię: D. Mich. Olsnen. Również na budowę księgozbioru publicznego pięćdziesiąt czerwonych złotych a dla kościoła św. Floryjana tyleż czerwonych złotych darował, którego dusza za pobożny uczynek niechaj łaski używa wiekuistéj (str. 38).

3. Towarzysz tegoż mistrz Stanisław Białkowski bakałarz św. Teologii mający ukończyć wkrótce 4tą księgę *Sententiarum*[3]) zakończył życie zarażony powietrzem d. 25 września (1527) i nie mało ksiąg domowi naszemu pozostawił (tamże).

4. Roku jak wyżéj 1527 dnia 15 listopada wielebny i znakomity mąż mistrz Jan z Oświęcimia zwany Sakranus[4]) św. teologii profesor i kanonik kościoła katedralnego krakowskiego, Alberta, Aleksandra i Zygmunta wzięty spowiednik licząc prawie rok dziewięćdziesiąty zgasł ze zgrzybiałości (*defectu senili* str. 39).

5. Roku pańskiego 1528 dnia 10 lutego o godzinie 14téj wielebny i znakomity mąż mistrz Mikołaj Mikosz z Krakowa[5]) jak wysoki co do ciała, tak miły z nauki i obyczajów, niemniéj obdarzony spraw biegłością, św. teologii profesor i kustosz kościoła św. Floryjana z ciężkiéj choroby po miesiącu podupadłszy na ciele ducha wyzionął i Bogu oddał (str. 39).

6. Roku pańskiego 1516 wielebny ojciec mistrz Maciej z Grodziska zwany Grodzicki[6]) doktor medycyny kanonik kościołów Poznańskiego, Gnieznieńskiego i Krakowskiego zapisał naszemu domowi większego kollegijum dwie poduszki z wierzchu czerwonym agzamitem obite, tudzież dwie zasłony inaczéj oponki poprzetykane zielonomodrą i niebieską a miejscami i czerwoną barwą. Niechaj mu Bóg da spokój wiekuisty (str. 40). (C. d. n.)

[2]) Muczkowski: *Statuta nec non liber promotionum philosophorum ordinis* 1849, pag. 107, 130.

[3]) *Sententiarum libri* IV, słynne dzieło teologiczne Piotra Lombarda umarł 1164.

[4]) Muczkowski: Statuta pag. 62, 67. Wiszniewski: Hist. lit. polsk. III 314—316

[5]) Muczk. p. 100, 125, 140.

[6]) Oettinger l. c. 84.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 34 (do 21 sierpnia) ospa nie rozszerzyła się bardziéj w Londynie. Umarło 4, leczyło się w szpitalach 142, świeżo zapadło 30. W Wiedniu i Pradze umarło po 5, w Paryżu 41, w Budapeszcie i Maladze po 6. W Madrycie rozszerzyła się bardziéj ospa i odra. W Pradze szerzy się bardziéj płonica i błonica. Biegunka rzedziéj się zdarza u dzieci ze zejściem śmiertelném. W Madrycie umarło 27 z duru osutkowego. W tygodniu 35 umarło w Krakowie: 2 z ospy, 1 z płonicy, 1 z gorączki połogowéj, 6 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy (z ul. Kupa l. 24 i z Podgórza); 1 płonicy (z ul. Przesmyk l. 333); 2 krztuśca (z ul. Wielickiéj l. 28 i ze szpitala św. Ludwika); 11 czerwonki.

W tygodniu 35 ospa nie zmieniła się w Londynie. Umarło 3, leczyło się w szpitalach 139, świeżo zapadło 26. W innych miastach bardziéj się rozszerzyła. W Wiedniu umarło 14, w Pradze 7, w Petersburgu 5, w Tryjeście 4, w Budapeszcie 6, w Paryżu 35, w Madrycie 22. Płonica szerzyła się więcéj w Pradze. Odra panuje w Madrycie i Sewilli. Z biegunki umierało wiele dzieci we wszystkich większych miastach. Z duru brzusznego umarło więcéj w Paryżu i Londynie, z duru osutkowego w Petersburgu 10, w Madrycie 34. W pierwszéj połowie lipca umarło z febry żółtéj w Rio de Janeiro 10. W tygodniu 36 umarło w Krakowie: 2 z ospy, 9 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru brzusznego, 7 z czerwonki, 1 z róży; a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy (z Kazimierza l. 1); 2 duru brzusznego (z ul. Floryjańskiéj l. 362 i ze Stradomia l. 95); 1 duru osutkowego (z Rząski); 4 czerwonki i 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 34 (do 21 sierpnia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 34,3; we Lwowie 26,8; w Warszawie 38,7; w Poznaniu 32,4; w Wiedniu 21,0; w Budapeszcie 39,4; w Pradze 29,4; w Berlinie 29,4; w Wrocławiu 34,3; w Mnichowie 27,3; w Dreźnie 26,2; w Lipsku 24,1; w Bazylei 34,7; w Brukseli 25,8; w Amsterdamie 22,3; w Hadze 23,1; w Paryżu 25,0; w Londynie 21,3; w Kopenhadze 29,2; w Stokholmie 31,6; w Chrystyjanii 30,3; w Odessie 48,9; w Wenecyi 21,8; w Bukareszcie 25,2; w Madrycie 41,5; w Barcelonie 28,6; w Aleksandryi 40,5; w Nowym Jorku 30,1; w Bombayu 27,3; w Madrasie 34,4.

W tygodniu 35 (do 28 sierpnia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 19,6; w Warszawie 34,8; w Poznaniu 33,2; w Wiedniu 22,9; w Budapeszcie 38,3; w Pradze 33,4; w Tryjeście 36,8; w Berlinie 31,3; w Wrocławiu 36,6; w Mnichowie 26,4; w Dreźnie 30,2; w Lipsku 32,4; w Bazylei 25,5; w Amsterdamie 27,9; w Hadze 20,8; w Paryżu 25,1; w Londynie 21,2; w Kopenhadze 31,8; w Stokholmie 20,7; w Chrystyjanii 27,6; w Petersburgu 38,7; w Odessie 55,0; w Bukareszcie 27,8; w Madrycie 45,2; w Barcelonie 23,6; w Aleksandryi 45,4; w Nowym Jorku 26,9; w Bombayu 24,5; w Madrasie 34,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

(G) **Kraków** d. 16 września. Miesiąc wrzesień jest epoką zjazdów lekarskich w różnych krajach, wszystkie więc dzienniki lekarskie wiele poświęcają miejsca opisom. W pierwszéj połowie tego miesiąca odbył się IV międzynarodowy zjazd higijeniczny w Turynie, I kongres laryngologiczny w Medyjolanie, VIII zjazd niemieckiego stowarzyszenia zdrowia publicznego w Hamburgu. W dniu zaś 18 bm. rozpoczyna się 53 zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Gdańsku, na który, o ile nam wiadomo, udali się z Krakowa koledzy: Dr. Buszek, prof. Dr. Jakubowski, Dr. Ściborowski i prezes Tow. lekarskiego krakowskiego Dr. Warschauer, który zapowiedział w sekcyi dla medycyny wewn. odczyt o ospie.

(G.) Dr. Karcz ze Lwowa zawiadamia nas, iż otrzymał z wyspy Chios prawdziwą *Therebinthina de Chios*, którą Prof. Clay i inni lekarze angielscy ze skutkiem używają w przypadkach raka macicy, sutka, a nawet w przypadkach raka innych narządów, tudzież po operacyjach dla zapobieżenia recydywie. Jeden gram kosztuje 1 złr.

(G) **Lwów.** W skutek pęknięcia rury gazowéj w nocy z d. 12 na 13 bm. około godziny 2giéj wybuchł pożar w szpitalu powszechnym na drugiém piętrze wschodniego skrzydła, w którym mieści się oddział Dra Opolskiego i zrządził znaczną szkodę. Ogień, który wybuchł na kurytarzu, szybko dostał się do małéj łazienki i znalazł tam tyle materyjału, że chociaż zaraz spostrzeżony został mimo to w samym zarodzie stłumić się nie dał. Energicznemu ratunkowi straży ogniowéj zawdzięczyć przychodzi, iż z dachu i sufitu spaliła się jedynie trzecia część. Ofiarą katastrofy nie padł nikt ani z chorych ani z ratujących. W obecnéj porze ogólna liczba chorych w szpitalu nie jest wielką bo wynosi koło 350 chorych (kiedy czasami dochodzi do 700), można więc było przenieść około 40 chorych z oddziału Dra Opolskiego do innych oddziałów, czego dokonano pod kierunkiem sekundaryjuszów Dra Hirschlera i Dra Jany oraz przybyłych Dra Opolskiego i dyrektora szpitala Dra Głowackiego. Szkoda jaką zarządził ten pożar jest znaczna, bo mimo że zdołano uratować ruchomości oceniają ją na 20.000 złr.

W dniu 14 bm. rano Cesarz, zwiedzić raczył szpital powszechny, oprowadzany przez Marszałka i Dra Hoszarda, pochwalił porządek w salach i obejrzał téż tę część budynku, która zniszczeniu przez pożar uległa, a w czasie przedstawienia mu urzędników Wydziału krajowego przy sposobności zwiedzania budującego się gmachu sejmowego wypytywał się N. Pan dyrektora Dra Głowackiego o bliższe szczegóły pożaru.

(G) **Wiedeń.** Według właśnie co ogłoszonego spisu wykładów odbywać się mających w ciągu zimowego półrocza 1880/1 w Wydziale lekarskim 110 profesorów, docentów i asystentów ogłosiło 179 wykladów względnie kursów.

W ciągu letniego półrocza 1879/80 uczęszczało na wykłady w Wydziale lekarskim 827 zwyczajnych a 164 nadzwyczajnych słuchaczy.

(G) **Warszawa.** Zarząd miasta krząta się około zaprowadzenia kontroli mleka na targach miejskich. Dozorcy do kontroli téj przeznaczeni mają się obeznać ze sposobami mechanicznemi badania mleka w mleczarni leczniczéj.

Mianowania i odznaczenia. Prof. anatomii w Uniwersytecie königsbergskim Dr. R. W. Kupfer mianowany został pierwszym zwyczajnym profesorem anatomii i konserwatorem zbiorów anatomicznych w Monachijum, a dotychczas nadzwyczajny prof. anatomii w tymże uniwersytecie Dr. Rüdinger drugim profesorem zwyczajnym tegoż przedmiotu.

Nekrologija. W Bonn zmarł Prof. Dr. Haustein słynny botanik. W Paryżu zmarł Dr. Delpech.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 18: Dra Tigera O fizyjologiczném działaniu Duboiziny.

Redakcyja otrzymała:

Dra Leona ŚWIDERSKIEGO: Ein lethal verlaufener Fall von Scorbut. Inaug. Disertation. Marburg. 1880.

Z powodu choroby Redaktora Przeglądu Lek. obowiązki redaktora objął z d. 15 września r. b. zastępczo Doc. Dr. Grabowski (Rynek Nr. 45).

Dla członków Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego dołącza się: Ustawa Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.